

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2017 4

## Entscheid vom 7. Februar 2018

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt Prof.Dr.iur. Hardy Landolt, LL.M.,  
Schweizerhofstrasse 14, Postfach 568, 8750 Glarus,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_, geb. C.\_\_\_\_\_ 1960, aus Bosnien-Herzegowina, verheiratet, zwei erwachsene Kinder (geb. 1982 u. 1986), lebt seit März 1989 in der Schweiz (Niederlassungsbewilligung C). Ab 1996 arbeitete er bei der A.\_\_\_\_\_, als Maler. Am 30. November 2004 meldete er sich bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Umschulung auf eine neue Tätigkeit; Rente) an. Als Art der Behinderung nannte er "lumbale Rückenschmerzen" seit Anfang 2001 (vgl. IV-act. 1). Seit dem 14. September 2003 arbeitete er zu 50% als Maler (IV-act. 5-2/6).

**B.** Mit Verfügung vom 18. Februar 2005 sprach die IV-Stelle Schwyz C.\_\_\_\_\_ Berufsberatung zu (IV-act. 8). Der Berufsberater schloss seine Bemühungen am 27. Juli 2005 ab und ersuchte um Rentenprüfung (IV-act. 14).

Nach Durchführung einer Befas-Abklärung vom 21. August bis 21. September 2006 (IV-act. 33) teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 18. Januar 2007 C.\_\_\_\_\_ mit (IV-act. 38), dass ihm gemäss Abklärungsergebnis eine körperlich leichte und rückenadaptierte Tätigkeit, welche überwiegend ebenerdig und rückschonend wechselbelastend sitzend sowie stehend und gelegentlich mit ein paar Schritten gehend ausgeübt werden könne, zu 100% zumutbar sei. Nachdem die angestammte Arbeit als Maler/Gipser nicht mehr zu 100% ausgeübt werden könne, resultiere ein IV-Grad von 32%, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werden müsse. Nach Eingang einer Stellungnahme von C.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 43) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. März 2007 an der Beurteilung gemäss Vorbescheid vom 18. Januar 2007 fest und wies das Leistungsbegehren bei einem IV-Grad von 32% ab (IV-act. 47).

**C.** Eine gegen diese Verfügung am 8. Mai 2007 erhobene Beschwerde (Vi-act. 49) wurde vom Verwaltungsgericht Schwyz mit Entscheid VGE I 2007 137 vom 15. Oktober 2007 abgewiesen. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. In der Folge arbeitete C.\_\_\_\_\_ weiterhin in reduziertem Pensum (50%) beim bisherigen Arbeitgeber als Maler. Ab dem 25. April 2013 wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (Vi-act. 71-2/4). Das Arbeitsverhältnis wurde infolge Krankheit im Juli 2014 gekündigt (Vi-act. 115-29/40).

**D.** Am 29. Juli 2013 meldete sich C.\_\_\_\_\_ bei der IV-Stelle erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (Vi-act. 54). Mit Vorbescheid vom 26. März 2014 stellte die IV-Stelle eine Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dazu liess sich C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 20. Mai 2014 vernehmen (Vi-act. 83). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine neurologische Begutachtung (Vi-act. 89).

Nach Vorliegen des neurologischen Gutachtens von Dr.med. D.\_\_\_\_\_ (Neurologie FMH, Bern) vom 10. November 2014 (Vi-act. 98) gab die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag (Vi-act. 100). Das entsprechende B.\_\_\_\_\_ -Gutachten wurde am 8. Juli 2015 erstattet (Vi-act. 115).

Mit Vorbescheid vom 31. August 2015 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Falls berufliche Massnahmen gewünscht seien, könne sich der Versicherte bei der IV-Stelle melden (Vi-act. 121). Zum Vorbescheid liess sich C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 26. Oktober 2015 vernehmen (Vi-act. 126).

Daraufhin veranlasste die IV-Stelle eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung (Vi-act. 129), welche von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie/ Psychotherapie FMH) durchgeführt wurde (mit Gutachten vom 14. Juli 2016, Vi-act. 135).

**E.** Mit Verfügung vom 7. Dezember 2016 verneinte die IV-Stelle Schwyz ausgehend von einem IV-Grad von 18% einen Rentenanspruch (Vi-act. 139).

**F.** Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 23. Januar 2017 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit folgenden Anträgen:

1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 07.12.2016 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
2. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin und unter Gewähren der unentgeltlichen Rechtspflege und  
-verbeiständung zu Gunsten des Beschwerdeführers.

**G.** Die IV-Stelle Schwyz lässt mit Vernehmlassung vom 15. Februar 2017 die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers beantragen.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes, ATSG, SR 830.1). Die Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 ATSG definiert. Danach ist Erwerbsunfähigkeit der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vor-

liegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Weiter kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396).

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20):

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.2** Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen) zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3.A. N 27 zu Art. 28a IVG).

**2.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall der Richter) auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4 m.H.).

**2.2** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 160f. Erw. 1c).

**2.3** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Rz. 450; Kölz/Häner/Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3.A., Rz. 153 und 457; BGE 122 II 469 Erw. 4a; 122 III 223 Erw. 3c).

**3.1** Vorliegend gelangte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zum Schluss, dass dem Versicherten gemäss den medizinischen Akten eine Tätigkeit als Maler und Gipser nicht mehr zumutbar sei. Eine leichte Tätigkeit im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen mit Vermeidung von häufigem Bücken, Tragen von Lasten über fünf Kilogramm sowie Arbeiten über Schulterhöhe, sei hingegen vollschichtig zumutbar. Gemäss psychiatrischem Gutachten der Q. \_\_\_\_\_ bzw. von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ bestehe eine leichtgradige depressive Episode, welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Insgesamt bestehe ein IV-Grad von 18%, welcher nicht rentenbegründend sei.

**3.2** Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, mit Verfügung vom 27. März 2007 sei noch ein IV-Grad von 32% anerkannt worden. Seit 2007 habe eine kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattgefunden, wodurch auf jeden Fall ein rentenbegründender IV-Grad erreicht worden sei. In psychiatri-

scher Hinsicht lägen zudem entgegen den medizinischen Gutachten Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Diesbezüglich verweist der Beschwerdeführer auf den im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht der PK Zugersee vom 30. November 2016, welcher den Gutachten widerspräche. Gestützt auf diesen Bericht wäre die Vorinstanz verpflichtet gewesen, vor Erlass der Verfügung ein psychiatrisches Ergänzungsgutachten einzuholen. Da dies unterlassen worden sei, sei die Sache zur Einholung eines entsprechenden Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen.

**4.1** Zum Gesundheitszustand des Versicherten bzw. zum Verlauf ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

**4.2** Gemäss den medizinischen Akten von 2004 wurde beim Versicherten bereits damals bzw. schon mehrere Jahre zuvor (bestehend seit 2001) ein chronisches, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (bei leichter Spondylarthrosen L5/S1, diskreter Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1) diagnostiziert und eine teilweise Arbeitsunfähigkeit als Maler/Gipser attestiert (Vi-act. 4-1/4, 4-3/4). Nachdem sich der Versicherte im November 2004 zum Bezug von Leistungen der IV angemeldet hatte, veranlasste die Vorinstanz u.a. eine berufliche Abklärung bei der BEFAS Appisberg.

Im BEFAS-Schlussbericht vom 6. November 2006 wird zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten festgehalten (vgl. Vi-act. 33-8/12 f.):

Die angestammte Malertätigkeit mit Arbeitseinsätzen auf Neubauten konnte Herr A. bis vor dem Appisbergaufenthalt halbtags mit einem 50% Arbeitspensum verrichten. (...) die Arbeitseinsätze müssen oft in ergonomisch ungünstigen Körperpositionen (...) ausgeführt werden, zum Teil stehend in vorgehaltener belastender Körperpositionen (...) einhergehend mit vereinzelt Gewichtsbelastungen bis 20 kg, so dass gestützt auf die konkreten Belastungsprüfungen (bei Holz- und Malerarbeiten) unsererseits diese 50% Arbeitsfähigkeit angestammt halbtags verwertet zu bestätigen ist. Bei körperlich und den Rücken zum Teil mittelschwer belastenden Malerarbeiten (wie z.B. als Betriebsmaler oder als Kundenmaler) erachten wir eine 70% Arbeits- und Leistungsfähigkeit entweder ganztags verwertet unter Zusprechung von Entlastungspausen oder bei voller Leistungsfähigkeit und entsprechendem Zeitaufwand zumutbar, bei Möglichkeit zu häufigen Wechselpositionen und bei gleichzeitig Vermeidung des längerdauernden Tätigseins in stärker rückenbelastenden Körperpositionen. In rückengerechter Körperposition wären dabei gelegentliche leichtere Gewichtsbelastungen bis ca. 10-15 kg zumutbar. (...). Gestützt auf die aktuelle medizinische Situation (...) kann unsererseits eine 100% Arbeits- und Leistungsfähigkeit ganztags verwertet attestiert werden bei körperlich leichten und rückenadaptierten Tätigkeiten, welche überwiegend ebenerdig und rückschonend wechselbelastend sitzend sowie stehend und gelegentlich mit ein paar Schritten gehend ausgeübt werden können (...).

Als mögliche berufliche Tätigkeiten wurden die Arbeit als Logistiker (in einem Farbfachhandel), als Chauffeur oder im Bereich Kleingerätemontage genannt (Vi-act. 33-9/12).

Der Befas-Abklärung gingen verschiedene medizinische Abklärungen voraus. Es wurden ein therapierefraktäres lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Vi-act. 11-16/17) und belastungsabhängige Fusschmerzen beidseits unklarer Aetiologie diagnostiziert (Vi-act. 21-2/4). Ein neurologischer Befund konnte nicht erhoben werden (Vi-act. 21-3/4). Eine Schmerzbehandlung mit Infiltrationen blieb ohne Erfolg (Vi-act. 11-16/17).

Wie bereits erwähnt wurde ein Rentenanspruch in der Folge abgelehnt, da der Beschwerdeführer in einer rückenadaptierten Tätigkeit weiterhin voll arbeitsfähig sei.

**4.3** Zum weiteren Verlauf ergibt sich aus den medizinischen Akten:

**4.3.1** Am 12. Juli 2012 wurde im Spital Lachen eine erneute peridurale Infiltration wegen chronischen Schmerzen im Bereich der LWS durchgeführt (Vi-act. 60-1/11).

**4.3.2** Gemäss MRI-Bericht von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie) vom 15. Oktober 2012 konnten moderate degenerative Veränderungen festgestellt werden. Eine Wurzelkompression konnte nicht nachgewiesen werden (Vi-act. 60-8/11).

**4.3.3** Vom 25. April bis 7. Mai 2013 war der Versicherte wegen akuter Schmerzexazerbation im Spital Lachen hospitalisiert. Eine erneute MRI-Untersuchung der LWS zeigte eine Nervenwurzelkompression L4 sowie mehrere degenerative Veränderungen. Eine Infiltrationstherapie lehnte der Versicherte ab. Im Verlauf zeigte sich eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik (Vi-act. 60-9/11).

**4.3.4** PD Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurochirurgie, Zürich) diagnostizierte am 17. Juni 2013 eine Diskushernie intraforaminal L4/5 links. Er riet zu einem konservativen Vorgehen (Vi-act. 60-3/11).

**4.3.5** Mit Bericht vom 26. Februar 2014 zu Handen der Vorinstanz stellte der Hausarzt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Altendorf) die Diagnosen eines lumboradikulären Syndroms L4/5 links bei einer Diskushernie L4/5 sowie eines chronischen Lumbovertebralsyndroms. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von aktuell 100%, wobei von einer Wiederaufnahme der (bisherigen) beruflichen Tätigkeit als Maler im Umfang von 50% auszugehen sei (Vi-act. 71).

**4.3.6** Am 19. Juni 2014 wurde der Versicherte auf Zuweisung des Hausarztes und nach Durchführung einer erneuten MRI-Untersuchung nochmals von PD Dr.med. J. \_\_\_\_\_ untersucht. Dieser gelangte zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 85):

- Chronische lumbale Rückenschmerzen mit intermittierender Ausstrahlung zum linken Bein antero-lateral bei St.n. DH L4/5 links im 4/13
- Im aktuellen MRI vom 02.06.2014 keine Neurokompression
- In der aktuellen neurologischen Beurteilung keine akute oder chronische Denervationszeichen

Dr.med. J. \_\_\_\_\_ hielt fest, er könne beim besten Willen nicht weiterhelfen. Invasive Massnahmen seien kontraindiziert.

**4.3.7** Auf Zuweisung der IV-Stelle wurde der Versicherte in der Folge durch Dr.med. D. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) begutachtet. In seinem Gutachten vom 10. November 2014 hielt er fest (Vi-act. 98-7/17 f.):

Die Akten zeigen, dass nach langjähriger, unbestrittenermassen in einem körperlichen Beruf invalidisierenden Lumbago, (...), sich komplizierend ein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom L4 bei Diskushernie L4/5 links im Jahr 2013 aufgepfropft hat, mit radiologisch und klinisch eindeutigen Befunden, die dann regredient waren. Auch extern wurde ein residuelles Ausfallsyndrom L4, ev. auch L5 rein sensibel festgestellt, allerdings ohne Denervationszeichen und in diesem Sinne residuell und nicht mehr wesentlich zur persistenten Lumbago beitragend. (...), schmerzinterventionistische Massnahmen zeigten nie nachhaltigen Erfolg und teils wurden recht eklatant widersprüchliche Befunde erhoben, so in der Schmerzlinik des Universitätsspitals Zürich, wo 3 Untersucher bezüglich Lasègue ganz unterschiedliche Beurteilungen im gleichen Bericht abgaben. Tatsächlich fällt auch mir bezüglich so genanntem Lasègue (...) die Stellungnahme nicht ganz einfach. (...). Es bleibt auch nach Sichtung der Unterlagen dabei, dass die Beeinträchtigung des Patienten auf der Lumbago fusst und in diesem Sinne rheumatologisch abschliessend zu beurteilen ist. (...). Eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit streng im neurologischen Fachgebiet ist nicht identifiziert, (...). Bei stattgehabter Diskushernie L4/5 mit Wurzelbeeinträchtigung ist schwere und mittelschwere, Rücken belastende Tätigkeit aus neurologischer Sicht ungeeignet. (...).

**4.3.8** Im April 2015 wurde der Versicherte durch Fachärzte des B. \_\_\_\_\_ begutachtet. Der Versicherte wurde internistisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht.

Der orthopädische Gutachter Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie sowie Facharzt für Physikalische Medizin) hält in seiner zusammenfassenden Beurteilung fest (Vi-act. 115-25/40 f.):

Zusammengefasst ist der Explorand in erster Linie durch eine Funktionsstörung im iliolumbosacralen Bereich beeinträchtigt. Es handelt sich um eine Instabilitätsproblematik des Beckenrings dorsalbetont mit Reizzuständen an den

Iliosacralgelenken, verbunden mit schmerzhaften Blockierungen und tendomyotischen Ausstrahlungen in das linke Bein. Schmerzerzeugend sind zudem die unteren lumbalen Facettengelenke bei deutlichen arthrotischen Zeichen. (...). Klinik und Bildgebung deuten auf eine progrediente Diskopathie in den unteren lumbalen Segmenten in den letzten Jahren mit Entwicklung einer radikulären Defizitsymptomatik L4 und L5 links hin. Zudem liegt ein degeneratives/fehlstatisch/fehlfunktionelles Syndrom der HWS vor und eine Koordinationsstörung der rechten Schulter mit Schulterreckgelenks-Irritation/Lockerung und Supraspinatusdegeneration.

Als medizinische Massnahme erachtete Dr.med. K.\_\_\_\_\_ eine muskuläre Stabilisierung des Beckenrings und der Halswirbelsäule als indiziert. Eine wesentliche Steigerung der körperlichen Arbeitsfähigkeit sei allerdings nicht zu erreichen.

Die psychiatrische Gutachterin (Dr.med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). In der Beurteilung führt sie aus (Vi-act. 115-32/40):

(...).

Aktuell kann die Diagnose einer depressiven Entwicklung nicht gestellt werden. Der psychische Befund diesbezüglich stellt sich als nicht ausreichend dar. Der Versicherte hat keine Antriebsminderung, ist in Gestik und Mimik sehr reich, kann auch adäquat lächeln und ist im Affekt unauffällig. Es bestehen keine Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen. Hinsichtlich sozialer Rückzug, Sexualität und Schlaf bestehen oben beschriebene Auffälligkeiten.

Aufgrund des fehlenden organischen Korrelates muss von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Der Versicherte hat seine Existenz und die Identität als Arbeiter verloren. Es bestehen verschiedene Konflikte, die der Versicherte nicht aus sich heraus lösen kann. Er ist von seiner Frau abhängig und verheimlicht das wahre Ausmass bzw. die Folgen seiner Erkrankung vor seinen Kindern und dem Freundeskreis.

In der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zu folgenden Diagnosen (Vi-act. 115-33/40):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- chronisches iliolumbosacrales Schmerzsyndrom mit tendomyotischer Ausstrahlung in das linke Bein und schmerzhafter Beckenringinstabilität sowie symphysealer Arthrose (...) bei
  - Discushernie intraforaminal L4/5 mit Wurzelbeeinträchtigung L5 (...)
  - leichtem residuellem sensomotorischem radiculärem Ausfallssyndrom L4 links und fraglich zusätzlich rein sensibel auch L5 links (...)
  - Facettenarthrose L4-S1 und lumbosakraler Hyperlordose (...)
- Chronisches Cervicalsyndrom mit intermittierenden Blockierung bei
  - ligamentär/muskulärer Insuffizienz bzw. Dysbalance
  - Fehlstatik, Uncovertebral- und Facettenarthrose, ausgeprägter atlantodentaler Arthrose und Instabilität C3/4 (...).

- Chronisches Schultersyndrom rechts bei ACG-Irritation/Instabilität (...) und Supraspinatustendopathie (...).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, die angestammte Arbeit als Maler sei nicht mehr zumutbar. Durchgeführt werden könnten leichte Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen mit Vermeidung von häufigem Bücken, Tragen von Lasten über fünf Kilogramm sowie Arbeiten über Schulterhöhe. Eine solche Tätigkeit könne vollschichtig ausgeübt werden (Vi-act. 115-36/40). In Bezug auf die Prognose wird im Gutachten ausgeführt:

Eine wesentliche Steigerung der körperlichen Belastbarkeit ist nicht zu erreichen. Begrenzend ist unter anderem eine ligamentäre Insuffizienz im Bereich des Beckenrings, welche zwar muskulär zu kompensieren, jedoch nicht vollständig zu beheben ist. Bezüglich der rechten Schulter ist keine grundlegende Verbesserung der Belastbarkeit erreichbar. Zu bemerken ist zusätzlich ein Mangel an Fähigkeit zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit. Der Versicherte neigt dazu, über seine Belastungsgrenzen hinauszugehen, wodurch Überforderungssymptome entstehen.

**4.3.9** Mit Schreiben vom 23. September 2015 hielt der Hausarzt des Versicherten gegenüber dessen Rechtsvertreter fest, dass er den Versicherten seit vielen Jahren wegen glaubhaften, chronischen lumbalen Rückenschmerzen betreue. Er sei mit der Abweisung des Rentengesuches nicht einverstanden (Vi-act. 126-3/3).

**4.3.10** Der RAD-Arzt Dr.med.univ. Dr.phil. Horst-Jörg Haupt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) hielt mit Stellungnahme vom 4. Dezember 2015 fest, dass das Gutachten von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ den Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3.6.2015) wohl nicht entspreche. Es sei deshalb eine (weitere) psychiatrische Begutachtung notwendig (Vi-act. 127-5/9). Zudem empfahl Dr.med. M. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung des funktionellen Leistungsniveaus beim RAD-Arzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie) ein Konsil einzuholen.

**4.3.11** In der Folge veranlasste die Vorinstanz eine psychiatrische Begutachtung durch Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Abklärungsstelle Q. \_\_\_\_\_, Vi-act. 129). Im Weiteren holte sie das empfohlene Konsil ein, welches krankheitsbedingt jedoch nicht von Dr.med. N. \_\_\_\_\_, sondern von Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Chirurgie) erstellt wurde.

Dr.med. O. \_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 29. Januar 2016 fest (Vi-act. 132):

Das neurologische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ von 2014 und insbesondere das polydisziplinäre B.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 8.7.2015 bilden den medizinischen Zustand und Verlauf aus somatischer Sicht umfassend ab. Die Gutachter des B.\_\_\_\_\_ haben unter Berücksichtigung der medizinischen Akten und der beklagten Beschwerden, nach Erhebung der Anamnese und eigenen Untersuchungen den aktuellen Zustand des Versicherten aus somatischer Sicht umfassend und präzise beschrieben, (...).

Aus somatisch-medizinischer Sicht sind keine Gründe ersichtlich, wieso der Versicherte in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht vollschichtig bzw. vollzeitig tätig sein soll. (...). Dass sich der Versicherte dazu nicht in der Lage fühlt, haben die Gutachter berücksichtigt, indem sie auf S. 38 empfahlen, dass die Weidereingliederung " in Anbetracht der Dekonditionierung stufenweise innerhalb von etwa drei Monaten bis zur vollschichtigen Tätigkeit erfolgen" soll. (...).

Im Weiteren hielt Dr.med. P.\_\_\_\_\_ fest, dass in objektiver somatisch-funktioneller Hinsicht keine relevante Verschlechterung stattgefunden habe.

**4.3.12** Am 6. April 2016 wurde der Versicherte durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ psychiatrisch untersucht, wobei eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10:F32.0) diagnostiziert wurde (Vi-act. 135-17/24). Aus der Beurteilung ergibt sich (Vi-act. 135-17/24 f.):

(...).

Eine somatoforme Schmerzgenese besteht ebenfalls nicht: Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher unbewältigter seelischer Konflikt ist in der Exploration nicht herauszuarbeiten. Auch besteht kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck. Die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung ist hier als nicht ICD-konform zu stellen.

Der Versicherte steht in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Ein niedrig dosiertes Antidepressivum ist verordnet, eine Wirksamkeit verneint der Versicherte. Die Intensivierung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere der medikamentösen Behandlung ist möglich, die Therapiemöglichkeiten bezüglich des depressiven Syndroms sind also nicht ausgeschöpft.

Aufgrund der Leichtgradigkeit der hier erhobenen psychischen Störung ist eine namhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Es besteht also eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer angestammten, jedweder vergleichbaren sowie auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts.

In Bezug auf die durch Dr.med. L.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung führt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ im Weiteren aus, die erwogenen Konflikte repräsentierten allenfalls eine psychodynamische Spekulation, für die sich aus der aktuellen Exploration kein mit einem nachvollziehbaren Leidensdruck verbundenes Korrelat ergebe. Die somatisch nicht ausreichend begründbare Symptomatik sei im Sinne eines Erklärzwangs in die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung überführt worden. Eine solche Diagnose sei jedoch entsprechend den definierten Kriterien zu belegen.

**4.3.13** Mit Stellungnahme vom 29. November 2016 hielt der RAD-Arzt Dr.med. M.\_\_\_\_\_ fest, dass auf das psychiatrische Gutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ abgestellt werden könne.

**4.3.14** Im Rahmen des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens liess der Beschwerdeführer den Bericht der Psychiatrischen Klinik Zugersee vom 30. November 2016 einreichen (Bf-act. 4). Dieser Bericht erging zwar noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung, war der Vorinstanz zu dem Zeitpunkt allerdings nicht bekannt. Aus dem Bericht geht hervor, dass der Versicherte auf Zuweisung des SPD Lachen vom 28. September 2016 bis 26. November 2016 in der Klinik behandelt wurde. Im Bericht wird u.a. festgehalten:

#### Beurteilung

Es handelt sich um die erste Hospitalisation im stationären Rahmen bei zunehmender depressiver Symptomatik und Suizidgedanken vor dem Hintergrund einer langjährigen somatoformen Schmerzstörung, belastender finanzieller Situation, Arbeitslosigkeit und vermehrten familiären Konflikten.

Im Verlauf der Behandlung kam es zu einer leichten Stabilisierung des Zustandes und Distanzgewinnung zur häuslichen Problematik, wobei sich eine konstruktive Auseinandersetzung mit den Belastungsfeldern als herausfordernd gestaltete. Die geringe Veränderungs- und Konfrontationsbereitschaft des Patienten hemmten eine proaktive Herangehensweise an die sozialen und familiären Themen.

Prognostisch hängt der Zustand des Patienten unseres Erachtens davon ab, inwiefern es Herrn A. gelingt, eine konstruktive Auseinandersetzung mit seinen Themen zuzulassen.

#### Diagnosen

F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

In Bezug auf die Einweisungssituation wird im Bericht festgehalten, der Patient berichte über verschiedene Konfliktsituationen im häuslichen Rahmen. Für ihn sei wichtig, sich von dieser Situation zu distanzieren und den schützenden Rahmen einer Klinik wahrzunehmen, um die Belastungsfaktoren zu entschärfen. Seit ca. 2 Jahren sei er arbeitslos und es bestünden immer wieder Streitigkeiten mit der Ehefrau. Wunsch des Patienten sei eine Klärung der gesamten psychosozialen Situation, Abstand und Distanz zu den Belastungsfaktoren und die Teilnahme an den therapeutischen Behandlungen.

**5.1** Gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten ist die Schlussfolgerung der Vorinstanz, wonach aus rein somatischer Sicht (weiterhin) eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, rückenadaptierten Tätigkeit besteht, nicht zu beanstanden. Es stellt sich einzig die Frage, ob hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes eine Verschlechterung eingetreten ist. Im Rahmen der ursprünglichen Ablehnung des Rentengesuches im Jahre 2007 wurde eine psychi-

sche Beeinträchtigung der Gesundheit nicht festgestellt (vgl. dazu Ausführungen zu den medizinischen Akten in VGE I 2007 137 Erw. 2).

Die Vorinstanz stellt in der angefochtenen Verfügung in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand in der angefochtenen Verfügung wie bereits erwähnt auf das Gutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ ab. Das im Rahmen der B.\_\_\_\_\_-Begutachtung erstellte Teilgutachten von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ wurde als nicht beweiskräftig qualifiziert, was im vorliegenden Verfahren nicht weiter umstritten ist.

Es stellt sich vorab die Frage, ob das Gutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ für sich beweiskräftig ist. Dieser ging von einer leichtgradigen depressiven Episode aus, welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung wurde verneint. Im Widerspruch dazu steht grundsätzlich die Diagnose der PK Zugersee, wonach eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradig) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegen.

**5.2** Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 (9C\_492/2014 vom 3.6.2015) seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, teilweise geändert. Stärker als bisher hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. Massgebend sind in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 Erw. 6). Der Gutachter bzw. die sachverständige Person hat bei der Einschätzung des Leistungsvermögens den im zitierten Entscheid vorgegebenen Indikatoren zu folgen. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2).

Da das (Teil-)Gutachten von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ diesen beweisrechtlichen Anforderungen nicht genügt, wurde – wie bereits erwähnt – eine weitere psychiatrische Begutachtung durch Dr.med. F.\_\_\_\_\_ veranlasst.

**5.3** Kürzlich hat das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung das Erfordernis eines strukturierten Beweisverfahrens anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zur Beurteilung des erreichbaren Leistungsniveaus ausgedehnt auf alle psychischen Störungen, insbesondere auch auf affektive Störungen einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30.11.2017 und 8C\_130/2017 vom 30.11.2017). Entscheidend sei dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelinge, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen habe (Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30.11.2017 Erw. 4.5.2).

Im Weiteren hielt das Bundesgericht fest, dass aus Gründen der Verhältnismässigkeit jedoch dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden könne, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet sei. Daher bleibe es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint werde und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden könne. Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen sei, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten könne und auch nicht mit Komorbiditäten einher gehe, bedürfe es daher in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30.11.2017 Erw. 4.5.3).

**5.4** Das Gutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ entspricht nicht den Anforderungen eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss Standardindikatoren. Allerdings erging die bundesgerichtliche Rechtsprechung, welche ein solches Vorgehen auch bei depressiven Störungen verlangt, erst nach Erlass des fraglichen Gutachtens und auch nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Des Weiteren kann – wie bereits erwähnt – gerade bei nur leichtgradigen depressiven Störungen, wie sie beim Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vorliegen, von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen

werden, vorausgesetzt, die vorhandenen fachärztlichen Berichte sind beweiskräftig.

**5.5** In casu kann grundsätzlich offen bleiben, ob das Gutachten den Anforderungen eines strukturierten Beweisverfahrens zu entsprechen hätte, denn das Gutachten ist bereits aus anderen Gründen unvollständig.

In casu ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass der Versicherte seit ca. Frühjahr 2015 in psychiatrischer Behandlung ist. Dies hat er gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr.med. F.\_\_\_\_\_ erwähnt (vgl. Vi-act. 135-3/24). Ein Bericht des behandelnden Psychiaters wurde jedoch weder von der Vorinstanz noch im Rahmen der Begutachtung durch den Begutachter eingeholt und liegt somit auch nicht bei den Akten. Dennoch hält Dr.med. F.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten u.a. fest, dass eine Intensivierung der ambulanten psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere der medikamentösen Behandlung, möglich sei und die Therapiemöglichkeiten bezüglich des depressiven Syndroms nicht ausgeschöpft seien. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter ohne Kenntnis der bisherigen Therapien und ohne Bericht des behandelnden Arztes über den Verlauf zu dieser Schlussfolgerung gelangt. Der Hinweis des Patienten darauf, dass er seit einem Jahr regelmässig einen Psychiater aufsuche und die Bekanntgabe der verschriebenen Medikamente (ebenfalls durch den Patienten) vermag für sich allein diese Schlussfolgerung nicht zu begründen. Eine Rückfrage beim behandelnden Arzt bzw. die Einholung eines entsprechenden Berichts beim behandelnden Arzt ist nicht nur zur Beantwortung der Frage nach dem Gesundheitsschaden sondern auch in Bezug auf die Beurteilung der Fragen nach Behandlung und Eingliederung (vgl. Fragestellungen Vi-act. 135-22/24: Durchführung der bisherigen Therapie lege artis, Kooperation des Versicherten in der bisherigen Therapie, verbleibende Therapieoptionen, Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen) unerlässlich. Dies ergibt sich auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (neueste Fassung vom 16.6.2016), wonach für die Beurteilung von Schweregrad, Prognose und damit der leistungsbezogenen Arbeitsfähigkeit eine umfassende Analyse des bisherigen Verlaufs eine unabdingbare Voraussetzung ist (vgl. Leitlinie in SZS 2016, S. 461). Ein Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, ist unvollständig und vermag daher nicht zu Ergebnissen zu führen, welche auf gesamthafter medizinischer Lage beruhen. Einer solchen Expertise fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die auf der Grundlage der vom Experten selbst erhobenen Befunde gezogenen Schlüsse an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend

nachvollzogen werden können. Basiert das Gutachten nicht auf der Kenntnis der gesamten relevanten Vorakten, wird es formell den durch die Rechtsprechung entwickelten Kriterien nicht gerecht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_861/2009 vom 20.4.2010 Erw. 3.1; 9C\_51/2008 vom 15.7.2008 Erw. 2.2; 8C\_104/2017 vom 13.6.2017 Erw. 6.2).

Nach dem Gesagten kommt dem Gutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ kein voller Beweiswert zu. Auch den weiteren medizinischen Akten kommt in Bezug auf die Frage einer möglichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch eine psychische Erkrankung kein voller Beweiswert zu. So lässt sich insbesondere auch aus dem Bericht der PK Zugersee keine Angaben zu einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge einer psychischen Beeinträchtigung entnehmen. Im fraglichen Bericht wird einzig für den Zeitraum des Klinikaufenthaltes (und wenige Tage danach) eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Damit ist der psychische Gesundheitszustand des Versicherten unvollständig abgeklärt. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie nach Durchführung einer rechtskonformen psychiatrischen Begutachtung des Versicherten unter Berücksichtigung der bisherigen psychiatrischen Behandlung und in Berücksichtigung der für die psychiatrische Begutachtung geltenden Kriterien gemäss Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30.11.2017 über den Leistungsanspruch neu entscheidet.

**6.** Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt. Zudem wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zugesprochen. Das Honorar ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'300.-- (inkl. Auslagen und MwSt) festzulegen. Anzuführen ist, dass nach § 6 GebTRA sowie konstanter Praxis des Verwaltungsgerichts keine Verpflichtung der urteilenden Behörde besteht, von einer beauftragten Partei eine Honorarnote einzuholen. Dies ist auch vom Bundesgericht bestätigt worden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2010 vom 16.11.2010 Erw. 4.2.1 mit Verweis auf ein Urteil 2P.83/1998 vom 5.1.1999, publ. in SVR-Rechtsprechung 6/2011, IV Nr. 38; VGE III 2011 10 und 11 vom 20.7.2011 Erw. 3.3). Dieser Praxis entsprechend wurde der Rechtsvertreter nicht zur Einreichung einer Kostennote aufgefordert. Abgesehen davon wurde dem gleichen Rechtsvertreter diese Praxis bereits im Verfahren II 2012 140 (betreffend Hilflo-

senentschädigung) mit gerichtlichem Schreiben vom 12. November 2012 im Einzelnen dargelegt. Im Übrigen hat der Rechtsvertreter die geltend gemachte Parteienschädigung von mindestens Fr. 2'500.-- nicht mit konkreten Angaben (wie Zeitaufwand, Stundenansatz etc.) belegt.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) festgesetzt und der Vorinstanz auferlegt. Sie hat diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheides auf das Postkonto 60-22238-6 des Verwaltungsgerichts zu bezahlen.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'300.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 7. Februar 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 16. Februar 2018